



## Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Kindes

Geburtsdatum

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass Frau Büssing (Sonderschullehrerin, Leiterin der Beratungsstelle) die pädagogischen, psychologischen, medizinischen und therapeutischen Berichte und Unterlagen zur Verfügung gestellt bekommt oder Einsicht nehmen kann. Ich /Wir entbinde/n die pädagogischen, psychologischen, medizinischen und therapeutischen Fachdienste von der Schweigepflicht gegenüber Frau Büssing. Ebenso entbinden wir Frau Büssing von der Schweigepflicht gegenüber den u.g. Fachdiensten; außerdem darf Frau Büssing ihren Bericht an die u.g. Stellen weitergeben (per Email ja O, nein O, bitte entsprechend ankreuzen).

- Kinderarzt \_\_\_\_\_
- Kindergarten \_\_\_\_\_
- Grundschule \_\_\_\_\_
- SPZ: Lörrach/Freiburg \_\_\_\_\_
- Uniklinik Freiburg \_\_\_\_\_
- Schulkindergarten für Sprachbehinderte \_\_\_\_\_
- Jugendamt: Ansprechpartner: \_\_\_\_\_
- Ergo- Logopädietherapie: Praxis \_\_\_\_\_
- Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie: \_\_\_\_\_
- Beratungsstelle \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten